COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

DEPARTMENT OF CORRECTION - DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD

103 DOC 640 - SERVICIOS DENTALES

CONTENIDO

640.01	Política General.....	2
	Acceso para Presos (Procedimiento Requerido)...	2
	Récords Dentales.....	2
640.02	Organización de Servicios Dentales.....	3
640.03	Orientación y Escrutinio Inicial (Procedimiento Requerido).....	4
640.04	Servicios Dentales - Facilidades Con Dentistas En- Sitio(Procedimiento Requerido).....	4
	Ortodónticos.....	5
	Protésicos.....	6
640.05	Servicios Dentales - Facilidades Sin Dentistas En- Sitio (Procedimiento Requerido).....	6
	Protésicos.....	7
640.06	Procedimientos de Traslado.....	8
640.07	Co-pago por Servicios Dentales.....	8
640.08	Procedimientos de Quejas.....	8
	Adjunto A - Recibo por Prótesis Dental.....	9

MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF CORRECTION	DIVISION: SERVICIOS DE SALUD
TITULO: SERVICIOS DENTALES	NUMERO: 103 DOC 640

PROPOSITO: El Propósito de esta política es de establecer pautas para proveer servicios dentales a los presos del Departamento de Corrección.

REFERENCIAS: MGL C124 § 1 (a), (c), y (q); MGL C127 § 117;
ACA Estándares: 3-4343, 3-4344, 3-4345, 3-4347, 3-4350, 3-4358, 3-4378
NCCHC Estándares: P-32, P-38, P-40

APLICABILIDAD: Personal **ACCESO PUBLICO:** Si

UBICACION: Archivo Central de Políticas del DOC/Archivo de Políticas de la Facilidad
Archivo de Políticas de la División de Servicios de Salud/ Biblioteca de Presos

PERSONAL RESPONSABLE POR LA IMPLEMENTACION Y SUPERVISION DE LA POLITICA: Director de Servicios de Salud
Superintendente
Director Dental Contratista

FECHA PROMULGACION: 01/25/2005 **FECHA EFECTIVA:** 02/24/2005

ANCELACION: Esta política cancela todas las declaraciones de políticas previas del Departamento, boletines, directivas, noticias, reglas o regulaciones con respecto a servicios dentales en el Departamento de Corrección.

CLAUSULA DE SEPARACION: Si cualquier artículo, sección, subsección, sentencia, cláusula o frase de esta política es por cualquier razón juzgada de ser inconstitucional, contraria a estatuto, en exceso de la autoridad del Comisionado o de otra manera inoperante, la tal decisión no afectará la validez de ningún otro artículo, sección, subsección, sentencia, cláusula o frase de esta política.

640.01 Política General

Cada Superintendente deberá establecer procedimientos escritos para el acceso de presos a servicios dentales de rutina y emergencia. Servicios dentales pueden ser proveídos en-sitio, fuera-de-sitio en la comunidad, o en otra facilidad del Departamento, de acuerdo con las pautas de esta política.

1. Materias de juicio dental son de la exclusiva competencia del proveedor médico bajo contrato y del dentista responsable.
2. Todos los dentistas bajo contrato deberán mantener récords dentales que satisfagan los requerimientos de 103 DOC 607, Archivos Médicos.
3. Cada facilidad deberá proveer los siguientes niveles de cuidado dental:
 - a. Servicios dentales de rutina deberán estar disponibles, al ser requeridos, para todos los presos y programados por el dentista de la facilidad. Arreglos para cualquier procedimiento de no-emergencia que no puede ser proveído en-sitio deben estar sujetos a la aprobación previa del Director Dental Contratista;
 - b. Servicios dentales de emergencia deberán estar disponibles en-sitio y/o fuera-de-sitio como se considere necesario;
 - c. Servicios Protodónticos estarán disponibles, incluyendo dentaduras postiza completas, dentaduras postizas parciales y reparación de dentaduras postizas. En facilidades utilizando completamente el Sistema de Administración de Presos (**Inmate Management System, IMS**), aparatos protodónticos deberán ser entrados en la pantalla Restricciones Médicas/ Necesidades Especiales;
 - d. Consultaciones dentales estarán disponibles a través de clínicas en-sitio, o clínicas de

especialidad en el Hospital Lemuel Shattuck
Departamento de Paciente Externo;

En facilidades utilizando completamente el Sistema de Administración de Presos (IMS), los horarios de consulta deberán ser entrados por personal de cuidado de salud bajo contrato en la pantalla Horario del Preso detallando visita médica en-sitio (interna) versus viaje al hospital/médico fuera-del- sitio (externo);

- e. Cuandoquiera que sea posible servicios necesarios de cirugía oral serán proveídos a través del Hospital Lemuel Shattuck. Toda cirugía oral de no-emergencia referida a otro que no sea el Hospital Lemuel Shattuck deberá estar sujeta a la aprobación anterior del Director Dental Contratista. Dentistas bajo contrato serán responsables por la preparación de pacientes para cirugía oral y del tratamiento pos operativo.
- f. Presos admitidos con aparatos ortodónticos pre-existentes deberán tener los ortodónticos mantenidos en acuerdo con estándares en la comunidad.

640.02 Organización de Servicios Dentales

El Director Dental Contratista estará bajo el mando del Director del Programa del vendedor bajo contrato para supervisión administrativa. El Director Dental Contratista deberá ser el supervisor de todos los dentistas bajo Contrato. Este individuo deberá ser un dentista licenciado en el Commonwealth de Massachusetts. De tiempo en tiempo, al pedido del Director de Servicios de Salud, los dentistas bajo contrato deberán pasar una evaluación de iguales hecha por un dentista designado o agencia dental elegida por el Director.

- 1. Todos los dentistas proveyendo servicios a los presos en la custodia del Departamento deberán estar licenciados en el Commonwealth de Massachusetts.

2. El dentista de cada facilidad deberá ser responsable por la supervisión clínica de cualquier higienista dental o asistente dental proveyendo servicios en la facilidad. Todos los higienistas dentales y asistentes dentales deberán estar registrados, certificados o licenciados como requerido por las Leyes Generales de Massachusetts y el Consejo del Registro de Dentística de Massachusetts.

640.03 Orientación Inicial y Escrutinio

Cada Superintendente deberá establecer procedimientos para proveer una inicial orientación dental y escrutinio dental como delineado abajo.

1. Al llegar a cualquier facilidad del Departamento, cada preso será proveído con los procedimientos de la facilidad para obtener acceso a servicios dentales. Esto formará parte de la Orientación de Salud del Preso (ver 103 DOC 630, Servicios Médicos).
2. El Escrutinio Médico de entrada (103 DOC 630) deberá incluir una indagación y observación de problemas dentales actuales. Un escrutinio dental que incluya instrucción en higiene bucal será conducido, por personal capacitado de cuidado de salud, dentro de los 7 días. Los presos serán referidos al dentista de la facilidad en base de emergencia si es considerado apropiado por el individuo conduciendo el escrutinio.

640.04 Servicios Dentales - Facilidades con Dentistas En-Sitio

Cada Superintendente con personal dental en-sitio deberá establecer procedimientos para proveer servicios dentales de acuerdo con las pautas de abajo:

1. Los siguientes presos serán provistos con una examinación dental, apoyada por rayos-x si es necesario, dentro de los treinta (30)días de admisión a la facilidad:

- a. nuevos sentenciados;
- b. violadores (de libertad bajo)palabra;
- c. presos retornados de fuga;
- d. detenidos Federales

Donde hay documentación disponible que los presos de más arriba recibieron una examinación dental, por el proveedor bajo contrato, dentro de los tres meses previos, esta inicial examinación dental no será requerida.

- 2. Los presos que deseen ver al dentista pueden presentar una boleta de solicitud. Cuando la boleta es recibida, será evaluada por personal médico dentro de las 24 horas y los presos serán colocados en la lista del dentista (a no ser que él/ella ya esté en la lista) o vistos de acuerdo a la emergencia como sea considerado apropiado por el dentista responsable. Todas las boletas de enfermo serán archivadas en la sección dental del archivo médico del preso. Los resultados de examinaciones y tratamientos serán documentados en record de tratamiento dental en el archivo médico del preso. Planes de tratamiento serán proveídos por prioridad de acuerdo con protocolos dentales, utilizados por el contratista dental, y con un plan de tratamiento desarrollado por el dentista que provee el tratamiento. Planes de tratamiento serán apoyados por rayos-x como sea apropiado.
- 3. Los presos deberán ser vistos por Servicios Dentales como sigue:

Inmediatamente por Cuidado de Emergencia/Urgente: Individuos que requieran tratamiento por el alivio de condiciones oral aguda y maxilofacial caracterizada por trauma, infección, dolor, hinchazón o hemorragia los cuales probablemente permanecerán agudos o empeorarán si no hay intervención.

Dentro de 30 días por Cuidado Interceptivo: Individuos que requieran tratamiento temprano para el control de patosis dental subaguda u oral. Este nivel de cuidado debería incluir restauración de dientes cariados, tapaduras

sedativas, pérdida mayor de encías en áreas sintomáticas, extracciones, cuidado a largo plazo de enfermedades periodontales, procedimientos endodónticos y prostodónticos necesarios para mantener o restaurar funciones masticatorias esenciales. Un plan de tratamiento será desarrollado y colocado en la sección dental del archivo médico del preso.

Dentro de 60 día para Cuidado Correctivo: Individuos que requieren tratamiento por patosis crónica dental y oral y por la restauración de funciones esenciales. Un plan de tratamiento será desarrollado y colocado en la sección dental del archivo médico del preso.

4. Cuandoquiera que una prótesis es perdida, será reemplazada si se ha determinado que la pérdida de la prótesis no fue debida a la negligencia del preso. Esta determinación será hecha por medio de hacer una evaluación interna y revisión de todos los Informes de Incidentes con respecto a la materia. Además, un preso deberá firmar un recibo del formulario de Prótesis Dental que el Proveedor Dental Contratista administrará. El personal dental también aconsejará al preso durante este proceso y también firmará el formulario. El formulario entonces será colocado en el record dental. (Adjunto A)

En casos donde la pérdida de una prótesis es debida a la negligencia del preso, con documentación de apoyo clara y completa afirmando que la pérdida o daño fue debido a la negligencia del preso, y el preso solicita que sea fabricada una prótesis de reemplazo, él/ella será responsable de los gastos de laboratorio por su reemplazo. El Director de Servicios de Salud deberá ser notificado en todos los casos.

640.05 Servicios dentales - Facilidades Sin Servicios Dentales En-Sitio

Cada facilidad sin personal dental en-sitio deberá establecer procedimientos para acceso a servicios dentales de acuerdo con las pautas de abajo:

1. Acceso a servicios dentales estarán disponibles para los presos al pedirlos y al ser aprobados por el Director Dental Contratista. Cada facilidad deberá tener un dentista designado ubicado en la comunidad cercana o en una facilidad cercana.
2. Los presos deberán tener acceso a los niveles de servicios dentales como especificado en la sección 640.01 y 640.04 de esta política.
3. En facilidades donde un dentista bajo contrato no está fácilmente disponible, personal de servicios de salud bajo contrato deberá arreglar para usar un dentista de la comunidad solo en caso de una emergencia. Cualesquier citas adicionales y tratamiento serán proveídos de acuerdo con estándares de la comunidad y, cuando es posible, con previa aprobación del Director Dental Contratista. Cuandoquiera que sea posible, el Director Dental Contractual deberá hacer que un dentista de una facilidad examine al preso para una opinión profesional o arreglar tratamiento a ser realizado en una facilidad del Departamento.
4. Personal de la facilidad deberá avisar al preso y al dentista de la comunidad de ambas maneras verbal y por escrito que la División de Servicios de Salud no será responsable por el pago de servicios dentales los cuales no son autorizados de antemano, a no ser que una emergencia "bona fide" (de buena fe) existe.
5. Cuandoquiera que una prótesis es perdida, será reemplazada si se ha determinado que la pérdida de la prótesis no fue debida a la negligencia del preso.

En caso en donde la pérdida de la prótesis es debida a la negligencia del preso, con documentación de apoyo clara y completa afirmando que la pérdida o daño fue debido a la negligencia del preso, y el preso solicita que se fabrique una prótesis de reemplazo, él/ella será responsable por los costos de laboratorio en su

reemplazo. El Director de Servicios de Salud deberá ser notificado en todos los casos.

640.06 Procedimientos de Traslado

Al traslado de un preso a otra facilidad del Departamento, su récord dental y cualquier aparato protésico en proceso (si es aplicable) deberá ser enviado a la facilidad que recibe o al dentista de la facilidad que será el dentista de tratamiento. Esto será logrado por el Director Dental Contratista al desarrollar y mantener un sistema para seguir la trayectoria de todos los presos en esta categoría. Récords dentales deberán ser colocados en el archivo médico y trasladados con el preso de acuerdo a la Política de Archivos Médicos del Departamento, 103 DOC 607.

640.07 Co-pago por Servicios Dentales

El honorario de co-pago aplicable será valuado en cada instancia de una visita dental iniciada por sí mismo, para un preso a quien esta política es aplicable en conformidad a las provisiones de 103 DOC 763. (Co-Pagos Médicos de Presos)

640.08 Mecanismo de Quejas Clínicas

El Proveedor Médico Contratista tiene un sistema emplazado el cual trata del proceso de quejas de presos informal y formal (escritas) concernientes a Servicios de Salud (Por favor refiérase a la Política de Salud Correccional de UMASS 12.00 que está disponible en la División de Servicios de Salud en nuestras instituciones como también en la Biblioteca Legal en todas las facilidades.)

NOTA: El Departamento de Corrección no es responsable por ningún error en la traducción de este documento. Para propósitos legales solamente la versión promulgada en inglés es válida.

Adjunto A

T & H Service, Inc.

Recibo por Prótesis Dental

Nombre del Paciente: _____ *DOB: _____ ID. No: _____

Nombre de Institución: _____ Fecha Recibida: _____

Tipo de Prótesis Dental: _____

Pre-Autorización No: _____

Yo verifico que he recibido la prótesis dental como arriba, yo entiendo que yo soy totalmente responsable por el cuidado de este artículo, además yo entiendo que yo seré requerido de pagar por cualquier reparación o reemplazo.

Firma del Paciente

Firma del Dentista

*DOB = Fecha de Nacimiento